MetaLife

CONDICIONES GENERALES

Guía del usuario

metlife.com.mx 01 800 00 METLIFE

MetLife

La vida que tú quieres.
Si tú quieres.

CONDICIONES GENERALES

"METALIFE"

Contenido

1. APARTADO UNO–OBJETO DEL SEGURO **3**

2. APARTADO DOS–DEFINICIONES **3**

2.1. CONTRATANTE. 3
2.2. ASEGURADO. 3
2.3. RESCISIÓN. 3
2.4. RESERVA DE PRIMA. 3
2.5. BENEFICIARIO. 3
2.6. SUMA ASEGURADA. 3
2.7. LISR. 3
2.8. DOMICILIACIÓN. 3
2.9. INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE. 4
2.10. ACCIDENTE. 4
2.11. PÉRDIDA ORGÁNICA. 4
2.12. PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO. 4

3. APARTADO TRES –DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS **4**

3.1 COBERTURA BÁSICA. 5
3.1.1 Cobertura por Fallecimiento y Beneficio por Sobrevivencia 5
3.1.2 Límites de Edad. *5*
3.2 BENEFICIOS ADICIONALES QUE PUEDEN SER CONTRATADOS. 5
3.2.1 Cobertura Adicional de Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente (EP). 5
3.2.2 Cobertura Adicional de Pago Anticipado de la Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente (PASI). 7
3.2.3 Coberturas Adicionales de Accidente. 9
3.2.3.1 Indemnización por Muerte Accidental (IMA). *9*
3.2.3.2 Indemnización por Muerte Accidental y/o Pérdidas Orgánicas (DI). *9*
3.2.3.3 Triple Indemnización por Muerte Accidental y/o Pérdidas Orgánicas (TI). *9*
3.2.3.4 Límites de Edad para las Coberturas Adicionales de Accidente. *10*
3.2.3.5 Requisitos para Reclamaciones de las Coberturas Adicionales de Accidente. *10*
3.2.3.6 Exclusiones para las Coberturas Adicionales de Accidente. *10*
3.2.3.7 Terminación de las Coberturas Adicionales de Accidente. *11*
3.2.4 Enfermedades en Fase Terminal (ET). 12
a) Cáncer
b) Insuficiencia Cardiaca
c) Insuficiencia Hepática Crónica
d) Insuficiencia Renal Crónica
e) Insuficiencia Respiratoria Crónica
3.2.4.1 Beneficio. *13*
3.2.4.2 Límites de Edad. *13*
3.2.4.3 Ajuste de Suma Asegurada. *13*
3.2.4.4 Exclusiones. *13*
3.2.4.5 Terminación del Beneficio. *14*
3.2.4.6 Enfermedad o Padecimiento Preexistente. *14*
3.2.5 Endoso de Cobertura Adicional de Graves Enfermedades (GE). 15
3.2.5.1 Definiciones. *15*
Grave Enfermedad
Certificación Médica
Infarto al Miocardio

Accidente Vascular Cerebral (AVC)
Transplante de Órganos Vitales
Insuficiencia Renal Sujeta a Diálisis
Procedimientos Quirúrgicos de Revascularización Miocárdica o Cirugía de puentes aortocoronarios (by-pass)
Cáncer
Parálisis o Pérdida de Extremidades
Enfermedad o Padecimiento Preexistente
3.2.5.2 Cobertura. 16
3.2.5.3 Exclusiones. 17
3.2.5.4 Terminación de la Cobertura de Graves Enfermedades. 18
3.2.5.5 Límites de Edad. 18

4. APARTADO CUATRO – CLÁUSULAS PARTICULARES 19

4.1 PRIMA. 19
4.2 "RESERVA". 19
4.3 INVERSIÓN DE LA "RESERVA". 19
4.4 ESQUEMAS DE ADMINISTRACIÓN DE LA "RESERVA". 19
4.5 DEDUCCIÓN AUTOMÁTICA DE LOS COSTOS DE LA PÓLIZA. 19
4.6 SEGURO PURO MÍNIMO. 20
4.7 RETIROS PARCIALES. 20
4.8 VALOR DE RESCATE. 20
4.9 COSTO DE ADMINISTRACIÓN POR RESCATE. 20
4.10 ESTADOS DE CUENTA. 21
4.11 ACTUALIZACIÓN DE LA OPERACIÓN DEL SEGURO. 21
4.12 INTERESES DE LA RESERVA DEL SEGURO.

5. APARTADO CINCO – CLÁUSULAS GENERALES 21

5.1 CONTRATO DE SEGURO. 21
5.2 BENEFICIOS CONVENIDOS. 21
5.3 FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA. 22
5.4 VIGENCIA DEL SEGURO. 22
5.5 CANCELACIÓN DEL SEGURO. 22
5.6 OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS. 22
5.7 INDISPUTABILIDAD. 22
5.8 MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES. 23
5.9 CAMBIO DE CONDICIONES. 23
5.10 INMUTABILIDAD. 23
5.11 CONDICIÓN DE RIESGO PACTADO. 23
5.12 EDAD. 23
5.13 PAGO DE PRIMAS. 24
5.14 PERIODICIDAD. 24
5.15 PAGO INMEDIATO. 25
5.16 SUICIDIO. 25
5.17 INDEMNIZACIONES. 25
5.18 INDEMNIZACIÓN POR MORA. 25
5.19 DEDUCCIONES. 25
5.20 BENEFICIARIOS. 25
5.21 PRESCRIPCIÓN. 26
5.22 CANCELACIÓN DEL CONTRATO. 26
5.23 MONEDA. 27
5.24 ACTUALIZACION DE SUMA ASEGURADA PARA EL PRODUCTO DENOMINADO EN PESOS. 27
5.25 ACTUALIZACIÓN DE PRIMA PARA EL PRODUCTO DENOMINADO EN PESOS. 27
5.26 COMPETENCIA. 27
5.27 DERECHO DEL CONTRATANTE PARA CONOCIMIENTO DEL PORCENTAJE DE INTERMEDIACIÓN. 27
5.28 DEVOLUCIÓN DE PRIMAS ADICIONALES EN CASO DE RESCISIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO. 27
5.29 REHABILITACIÓN. 27

1. APARTADO UNO – OBJETO DEL SEGURO

MetLife México, S.A. en adelante denominada LA INSTITUCIÓN, se obliga a pagar a los Beneficiarios designados, siempre que la Póliza se encuentre vigente a la fecha del siniestro, la suma asegurada prevista en este contrato al recibir las pruebas requeridas de la ocurrencia del evento amparado bajo la cobertura contratada.

2. APARTADO DOS – DEFINICIONES

2.1 CONTRATANTE.

Es aquella persona física o moral, que lleva a cabo con la Compañía de Seguros la celebración del contrato para sí y/o para terceras personas. El Contratante en ambos casos se obliga a realizar el pago de la prima. En caso de celebrar el contrato para terceras personas deberá existir el consentimiento del Asegurado, salvo lo estipulado en el artículo 170 de la Ley sobre el Contrato del Seguro.

2.2 ASEGURADO.

Para efectos de la presente Póliza, el Asegurado es la persona física protegida a través del presente contrato de seguro.

2.3 RESCISIÓN.

Acto jurídico por el cual se deja sin efecto un contrato por causa imputable a una o más partes.

Para efectos de la presente Póliza, en caso de omisiones y/o falsas e inexactas declaraciones, del Contratante, al declarar por escrito en las solicitudes de LA INSTITUCIÓN o en cualquier otro documento, ésta última podrá rescindir el Contrato de pleno derecho en los términos de lo previsto en el Artículo 47 en relación con los Artículos 8, 9 y 10 de la Ley sobre el Contrato de Seguro.

2.4 RESERVA DE PRIMA.

Para los efectos de la presente Póliza, es la acumulación de toda cantidad de dinero o aportación que cubra el Asegurado incluyendo en esta el producto financiero que la Prima genere y la Deducción Automática de los Costos del Seguro. (En lo subsecuente en el cuerpo de las presentes condiciones generales del seguro se le denominará "Reserva")

2.5 BENEFICIARIO.

Persona o personas que por designación del Asegurado, y a falta de designación del Asegurado por disposición legal, tiene(n) derecho a recibir la Suma Asegurada contratada, en su proporción correspondiente.

2.6 SUMA ASEGURADA.

Es la cantidad de dinero que podrá recibir el Beneficiario del seguro, al ocurrir el evento amparado.

2.7 LISR.

Ley del Impuesto Sobre la Renta.

2.8 DOMICILIACIÓN.

Opción de conducto para el pago de la prima del seguro a través de una cuenta bancaria del Asegurado, el elemento principal para operar la domiciliación es la carta de autorización del Asegurado para que se cargue a su cuenta el importe de la prima respectiva, dicho cargo puede operar en forma programada o por requerimiento que éste efectúe.

2.9 INVALIDEZ TOTAL Y PERMANENTE.

Para efectos de esta Póliza, se entiende que el Asegurado se invalida de manera total y permanente, por enfermedad o accidente para desempeñar su trabajo habitual o cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social y siempre que dicha invalidez haya sido continua durante un periodo no menor a seis meses.

En todo caso, el dictamen deberá ser emitido por el instituto de seguridad social al cual se encuentra adscrito el Asegurado, en cuyo caso el dictamen emitido por el cual se dictamina la Invalidez Total y Permanente hará prueba plena de tal estado; a falta de dicha adscripción a la seguridad social por un médico legalmente autorizado para ejercer la medicina con especialidad en medicina del trabajo, en cuyo caso LA INSTITUCIÓN se reserva el derecho de revisar cualquier dictamen emitido, así como la facultad de practicar, a su costa, los estudios y pruebas necesarias al Asegurado, que permitan determinar si la incapacidad le impide o no el desempeño de su trabajo habitual o de cualquier otro compatible con sus conocimientos, aptitudes y posición social, a fin de resolver sobre la posible procedencia de solicitud de pago de la correspondiente suma asegurada.

2.10 ACCIDENTE.

Para efectos de esta Póliza se entenderá por accidente aquel acontecimiento proveniente de una causa externa, súbita, fortuita y violenta, independiente de la voluntad del Asegurado, que produzca lesiones corporales o la muerte en la persona de éste, dentro de los noventa días siguientes a la fecha de haberse suscitado dicho accidente. No se considera accidente a las lesiones corporales o la muerte provocada intencionalmente o por culpa grave del propio Asegurado.

2.11 PÉRDIDA ORGÁNICA.

Para efectos de esta Póliza, se entenderá por pérdida orgánica:

a) Pérdida de una mano, su anquilosamiento o separación completa a nivel de la articulación del puño o arriba de ella.

b) Pérdida de un pie, su anquilosamiento o separación completa a nivel de la articulación del tobillo o arriba de ella.

c) Pérdida de la vista de un ojo, la pérdida absoluta e irreparable de la función de la vista de ese ojo.

d) Pérdida de los dedos pulgar o índice, la amputación quirúrgica o traumática de esa parte completa o su pérdida total de funcionamiento.

2.12 PROGRAMA DE ACOMPAÑAMIENTO.

El Asegurado a partir de la primera anualidad de su póliza podrá adherirse al programa de acompañamiento por el cual obtendrá una reducción en el costo del seguro anual de la póliza siempre que mantenga su estado de salud en las condiciones bajo las cuales se evalúa el riesgo.

Este programa consiste en llevar a cabo de manera periódica, un seguimiento al estado de salud del Asegurado, mismo que podrá consistir en la aplicación de un simple cuestionario médico hasta el practicarle exámenes y estudios de laboratorio que permitan demostrar su buen estado de salud.

El beneficio que obtiene el Asegurado se verá reflejado en la disminución del costo del seguro de su póliza, mismo que permitirá que su saldo de reserva sea superior.

3. APARTADO TRES –DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS

El presente seguro se podrá contratar en Moneda Nacional (Pesos Mexicanos), Moneda Extranjera (Dólares de Estados Unidos de América), por lo que la alternativa contratada deberá especificarse en la carátula de la Póliza, manejando siempre el mismo tipo de moneda adquirida desde el inicio y durante toda la vigencia de la Póliza.

3.1 COBERTURA BÁSICA.

El Asegurado estará protegido contra el riesgo de fallecimiento o supervivencia desde el momento de la contratación de esta cobertura y hasta el aniversario inmediato posterior en que el Asegurado cumpla los 99 años de edad.

Las modalidades de protección para esta cobertura se definen a continuación.

3.1.1 COBERTURA POR FALLECIMIENTO Y BENEFICIO POR SOBREVIVENCIA.

Cobertura A

Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, LA INSTITUCIÓN pagará al Beneficiario la Suma Asegurada Contratada más el saldo de la reserva denominada "De Ahorro", siempre que éste fallezca dentro del plazo del seguro contratado y la póliza se encuentre vigente.

En caso de superviviencia del Asegurado, LA INSTITUCIÓN pagará al Asegurado la Suma Asegurada Contratada más el saldo de la reserva denominada "De Ahorro".

Cobertura B

Al ocurrir el fallecimiento del Asegurado, LA INSTITUCIÓN pagará al Beneficiario la Suma Asegurada Contratada más el saldo de las reservas denominadas "Del Seguro" y "De Ahorro", siempre que éste fallezca dentro del plazo del seguro contratado y la póliza se encuentre vigente.

En caso de superviviencia del Asegurado, LA INSTITUCIÓN pagará al Asegurado el saldo de las reservas denominadas "Del Seguro" y "De Ahorro".

3.1.2 LÍMITES DE EDAD.

Los límites de admisión fijados por LA INSTITUCIÓN para la cobertura básica son de:

18 años como mínimo y de 70 años como máximo. La edad máxima de renovación será de 99 años.

3.2 BENEFICIOS ADICIONALES QUE PUEDEN SER CONTRATADOS

3.2.1 Cobertura Adicional de Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente (EP).

(Esta cobertura adicional operará solo si se indica en la carátula de la Póliza)

3.2.1.1 Cobertura.

En caso de que dentro la vigencia de esta cobertura, el Asegurado sufra un estado de invalidez total y permanente, LA INSTITUCIÓN eximirá al Asegurado del pago de las primas de la cobertura básica y del recargo fijo de esta Póliza, que venzan después de la fecha en que se informe y entregue a LA INSTITUCIÓN el dictamen del estado de invalidez total y permanente del Asegurado emitido con la institución de seguridad social a la que se encuentre adscrito el Asegurado. En caso de dictamen emitido por médico legalmente autorizado para ejercer la medicina con especialidad en medicina del trabajo una vez determinada la procedencia por parte de LA INSTITUCIÓN.

Esta cobertura surtirá efecto inmediatamente después de transcurrido el periodo de seis meses citado en la definición de invalidez total y permanente.

3.2.1.2 Límites de Edad.

Los límites establecidos de admisión son de 18 años como mínimo y 55 años como máximo. La edad máxima para la renovación es de 59 años.

3.2.1.3 Requisitos para Reclamaciones.

Será requisito indispensable que al tramitarse la reclamación el Asegurado presente un dictamen de invalidez total y permanente expedido por una Institución de Seguridad Social al cual se encuentre adscrito el Asegurado, o a falta de adscripción a la seguridad social mediante dictamen expedido por un médico legalmente autorizado para ejercer la medicina con especialidad en medicina del trabajo, acompañándose en ambos casos con los elementos comprobatorios que fuesen necesarios para acreditar que se cumplan las características indicadas en la definición de invalidez total y permanente, los periodos de espera establecidos, y que su realización no haya sido originada por las causas consideradas dentro de las exclusiones de este mismo beneficio.

3.2.1.4 Exclusiones.

La Cobertura Adicional de Exención de Pago de Primas por Invalidez Total y Permanente no cubre:

1) Estado de invalidez total y permanente originado por participar en:

a) Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.

b) Actos delictivos intencionales, en que participe directamente el Asegurado.

c) Riña cuando el Asegurado sea el provocador o por participar en alborotos populares.

d) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular. Salvo convenio expreso está excluida la transportación en vehículos aéreos privados.

e) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.

2) Estado de invalidez total y permanente por cualquier intento de suicidio o lesiones o enfermedades provocadas por el Asegurado, aún cuando se cometan en estado de cordura o demencia.

3) Estado de invalidez total y permanente por causa de enfermedades o accidentes que sufra el Asegurado ocasionados intencionalmente por culpa grave del mismo a consecuencia de la ingesta o bajo los influjos de drogas, narcóticos o alucinógenos y/o bebidas alcohólicas, en los cuales dicho estado influya en forma directa para la realización de la enfermedad o accidente.

3.2.1.5 Terminación de la cobertura.

La vigencia de la cobertura terminará al ocurrir cualquiera de los eventos siguientes:

a) Concluir la vigencia de la Póliza de la cual forma parte esta cobertura.

b) La cancelación de esta cobertura a solicitud del Asegurado.

c) En el aniversario de la Póliza en que el Asegurado tenga la edad de 60 años.

d) Al realizar LA INSTITUCIÓN el pago de la indemnización por esta cobertura.

e) La cancelación de la Póliza de la cual forma parte esta cobertura.

f) Cancelación de la cobertura básica o de esta cobertura.

En el aniversario inmediato posterior a la fecha en que LA INSTITUCIÓN efectúe el pago de la indemnización correspondiente a esta cobertura, dejarán de surtir efectos las coberturas adicionales de accidente que se hubieren contratado, toda vez que la condición de riesgo del Asegurado ha cambiado; al quedar sin efecto las coberturas adicionales de accidente, también se verá reducido el monto de la prima que paga el Asegurado.

3.2.2 Cobertura Adicional de Pago Anticipado de la Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente (PASI).

(Esta cobertura adicional operará solo si se indica en la carátula de la Póliza)

3.2.2.1 Cobertura.

En caso de que dentro la vigencia de esta cobertura, el Asegurado sufra un estado de invalidez total y permanente, LA INSTITUCIÓN le pagará al Asegurado en una sola exhibición la suma asegurada en vigor de esta cobertura.

Esta cobertura surtirá efecto inmediatamente después de transcurrido el periodo de seis meses citado en la definición de invalidez total y permanente.

3.2.2.2 Límites de Edad.

Los límites establecidos de admisión son de 18 años como mínimo y 55 años como máximo. La edad máxima para la renovación es de 59 años.

3.2.2.3 Requisitos para Reclamaciones.

Será requisito indispensable que al tramitarse la reclamación el Asegurado presente un dictamen de invalidez total y permanente expedido por una Institución de Seguridad Social, a falta de dicha adscripción a la seguridad social mediante el dictamen expedido por un médico legalmente autorizado para ejercer la medicina con especialidad en medicina del trabajo, acompañándose en ambos casos con los elementos comprobatorios que fuesen necesarios para acreditar que se cumplan las características indicadas en la definición de invalidez total y permanente, los periodos de espera establecidos, y que su realización no haya sido originada por las causas consideradas dentro de las exclusiones de este mismo beneficio.

3.2.2.4 Exclusiones.

La Cobertura Adicional de Pago Anticipado de la Suma Asegurada por Invalidez Total y Permanente no cubre:

1) Estado de invalidez total y permanente originado por participar en:

a) Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.

b) Actos delictivos intencionales, en que participe directamente el Asegurado.

c) Riña cuando el Asegurado sea el provocador o por participar en alborotos populares.

d) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular. Salvo convenio expreso está excluida la transportación en vehículos aéreos privados.

e) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.

2) Estado de invalidez total y permanente por cualquier intento de suicidio o lesiones o enfermedades provocadas por el Asegurado, aún cuando se cometan en estado de cordura o demencia.

3) Estado de invalidez total y permanente por causa de enfermedades o accidentes que sufra el Asegurado ocasionados intencionalmente por culpa grave del mismo a consecuencia de la ingesta o bajo los influjos de drogas, narcóticos o alucinógenos y/o bebidas alcohólicas, en los cuales dicho estado influya en forma directa para la realización de la enfermedad o accidente.

3.2.2.5 Terminación de la cobertura.

La vigencia de la cobertura terminará al ocurrir cualquiera de los eventos siguientes:

a) Concluir la vigencia de la Póliza de la cual forma parte esta cobertura.

b) La cancelación de esta cobertura a solicitud del Asegurado.

c) En el aniversario de la Póliza en que el Asegurado tenga la edad de 60 años.

d) Al realizar LA INSTITUCIÓN el pago de la indemnización por esta cobertura.

e) La cancelación de la Póliza de la cual forma parte esta cobertura.

f) Cancelación de la cobertura básica o de esta cobertura.

En el aniversario inmediato posterior a la fecha en que LA INSTITUCIÓN efectúe el pago de la indemnización correspondiente a esta cobertura, dejarán de surtir efectos las coberturas adicionales

de accidente que se hubieren contratado, toda vez que la condición de riesgo del Asegurado ha cambiado; al quedar sin efecto las coberturas adicionales de accidente, también se verá reducido el monto de la prima que paga el Asegurado.

3.2.3 Coberturas Adicionales de Accidente.

Únicamente se podrá contratar una de las tres Coberturas siguientes:

3.2.3.1 Indemnización por Muerte Accidental (IMA).

(Esta cobertura adicional operará solo si se indica en la carátula de la Póliza)

LA INSTITUCIÓN pagará la suma asegurada en vigor para esta cobertura, si el Asegurado fallece a consecuencia de un accidente ocurrido dentro del plazo de seguro del que forma parte el mismo y dentro de los 90 días siguientes a la fecha de haberse suscitado dicho accidente.

3.2.3.2 Indemnización por Muerte Accidental y/o Pérdidas Orgánicas (DI).

(Esta cobertura adicional operará solo si se indica en la carátula de la Póliza)

LA INSTITUCIÓN pagará el porcentaje indicado de la suma asegurada en vigor para esta cobertura, de acuerdo con la tabla que se indica a continuación, si a consecuencia de un accidente ocurrido dentro del plazo de seguro del que forma parte el mismo y dentro de los 90 días siguientes a la fecha de haberse suscitado dicho accidente, el Asegurado sufre cualesquiera de las siguientes pérdidas:

La vida	100%
Ambas manos, ambos pies, o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie, conjuntamente con la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%
El pulgar de cualquier mano	15%
El índice de cualquier mano	10%
El medio, anular o meñique de cualquier mano	3% c/u

La responsabilidad de LA INSTITUCIÓN sobre esta cobertura en ningún caso excederá de la suma asegurada en vigor de la misma, aún cuando el Asegurado sufriera, en uno o más accidentes, varias de las pérdidas especificadas.

3.2.3.3 Triple Indemnización por Muerte Accidental y/o Pérdidas Orgánicas (TI).

(Esta cobertura adicional operará solo si se indica en la carátula de la Póliza)

LA INSTITUCIÓN pagará el porcentaje indicado de la suma asegurada en vigor para esta cobertura, de acuerdo con la tabla que se indica a continuación, si a consecuencia de un accidente ocurrido dentro del plazo de seguro del que forma parte el mismo y dentro de los 90 días siguientes a la fecha de haberse suscitado dicho accidente, el Asegurado sufre cualesquiera de las siguientes pérdidas:

La vida	100%
Ambas manos, ambos pies, o la vista de ambos ojos	100%
Una mano y un pie	100%
Una mano o un pie, conjuntamente con la vista de un ojo	100%
Una mano o un pie	50%
La vista de un ojo	30%

El pulgar de cualquier mano_____15%
El índice de cualquier mano_____10%
El medio, anular o meñique de cualquier mano_____3% c/u

La responsabilidad de LA INSTITUCIÓN sobre esta cobertura en ningún caso excederá de la suma asegurada en vigor de la misma, aún cuando el Asegurado sufriera, en uno o más accidentes, varias de las pérdidas especificadas.

La indemnización descrita en la tabla anterior se duplicará si cualquiera de las pérdidas arriba enunciadas ocurre a consecuencia de algún accidente de acuerdo con lo siguiente:

a) Mientras viaje como pasajero en algún vehículo no aéreo, operado regularmente por una empresa de transportes públicos, sobre una ruta establecida normalmente para servicio de pasajeros y sujeta a itinerarios regulares.

b) Mientras haga uso de un ascensor que opere para servicio al público.

c) A causa de incendio en algún teatro, hotel u otro edificio abierto al público en el que se encuentre presente al iniciarse el incendio.

3.2.3.4 Límites de Edad para las Coberturas Adicionales de Accidente.

Los límites establecidos de admisión son de 18 años como mínimo y 65 años como máximo. La edad máxima para la renovación es de 69 años.

El límite máximo de admisión antes indicado no excederá la edad máxima de aceptación estipulada para la cobertura básica del plan contratado.

3.2.3.5 Requisitos para Reclamaciones de las Coberturas Adicionales de Accidente.

Será requisito indispensable que al tramitarse la reclamación el Asegurado o los Beneficiarios designados deberán presentar los elementos comprobatorios que fuesen necesarios para acreditar que se cumplan las características que se marcan en la definición de Accidente, o que su realización no esté considerada en las exclusiones estipuladas para dichas coberturas.

LA INSTITUCIÓN tendrá el derecho de exigir del Asegurado o Beneficiarios toda clase de informaciones sobre los hechos relacionados con el accidente, y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

3.2.3.6 Exclusiones para las Coberturas Adicionales de Accidente.

Las Coberturas adicionales de Accidente no cubren:

1) Accidentes originados por participar en:

a) Servicio militar, actos de guerra, rebelión o insurrección.

b) Actos delictivos intencionales, en los que participe directamente el Asegurado.

c) Riña cuando el Asegurado sea el provocador o por participar en alborotos populares.

d) Accidentes que ocurran mientras el Asegurado se encuentre a bordo de una aeronave, excepto cuando viajare como pasajero en un avión de compañía comercial debidamente autorizada, en viaje de itinerario regular. Salvo convenio expreso está excluida la transportación en vehículos aéreos privados.

e) Pruebas o contiendas de velocidad, resistencia o seguridad, en vehículos de cualquier tipo.

2) Accidentes que ocurran cuando el Asegurado esté recibiendo las Coberturas que para el caso de invalidez estuvieran contratadas.

3) Los siguientes eventos:

a) La muerte o pérdida de miembros del Asegurado debida directa o indirectamente, en todo o en parte, a enfermedad corporal o mental de cualquier naturaleza.

b) Suicidio o cualquier intento del mismo o mutilación voluntaria, aún cuando se cometan en estado de cordura o demencia.

c) Envenenamiento de cualquier origen o naturaleza, excepto si se demuestra que fue accidental.

d) Infecciones, con excepción de las que resulten de una lesión accidental.

e) La muerte o pérdidas orgánicas ocurridas noventa días después de haberse realizado el accidente.

f) Homicidio del Asegurado, cuando éste se encuentre participando directamente en actos delictivos.

g) Accidentes que sufra el Asegurado ocasionados por culpa grave del mismo a consecuencia de la ingesta o bajo los influjos de drogas, narcóticos o alucinógenos y/o bebidas alcohólicas, en los cuales dicho estado influya en forma directa para la realización del accidente.

3.2.3.7 Terminación de las Coberturas Adicionales de Accidente.

La vigencia de la cobertura adicional de accidente contratada terminará al ocurrir cualquiera de los eventos siguientes:

a) Concluir la vigencia de la Póliza de la cual forma parte esta cobertura.

b) La cancelación de la cobertura a solicitud del Asegurado.

c) En el aniversario de la Póliza en que el Asegurado tenga la edad de 70 años.

d) Al realizar LA INSTITUCIÓN el pago del 100% de la indemnización de esta cobertura.

e) Cuando la indemnización de esta cobertura haya sido menor al 100%, el Asegurado continuará protegido por el monto de suma asegurada restante hasta el aniversario inmediato posterior a la fecha de haber ocurrido el accidente.

f) En el aniversario inmediato posterior a la fecha en que LA INSTITUCIÓN efectúe el pago de la indemnización por cualquiera de las coberturas de invalidez total y permanente.

g) La cancelación de la Póliza de la cual forma parte esta cobertura.

h) Cancelación de la cobertura básica o de esta cobertura.

3.2.4 Enfermedades en Fase Terminal (ET).

(Este beneficio adicional operará solo si se indica en la carátula de la Póliza)

Para efectos de esta cobertura, se considera como Enfermedad en Fase Terminal, a todo padecimiento con diagnóstico emitido dentro de la vigencia de la Póliza, cuyo pronóstico es fatal para la vida del Asegurado y cuyo término de resolución se pronostica, dentro de un lapso menor a 365 días naturales contados a partir de la fecha en que se emitió el diagnóstico.

Para efectos de esta Póliza, los padecimientos que se consideran como enfermedad en fase terminal, en forma limitativa son: cáncer, insuficiencia cardiaca, insuficiencia hepática crónica, insuficiencia renal crónica o insuficiencia respiratoria crónica.

a) Cáncer.

Para efecto del beneficio de Enfermedades en Fase Terminal se entenderá como Cáncer; la enfermedad crónico degenerativa, caracterizada por un crecimiento descontrolado de células derivadas de tejidos normales que forma un tumor y que es capaz de matar al huésped mediante la propagación de las células malignas desde el sitio de origen hasta sitios distantes, o por propagación local.

Se considera terminal cuando se declara al paciente fuera de tratamiento oncológico, esto es, que no es candidato a quimioterapia, cirugía o radioterapia con fines curativos, aunque sí lo sea con fines paliativos.

b) Insuficiencia Cardiaca.

Para efecto del beneficio de Enfermedades en Fase Terminal se entenderá como Insuficiencia Cardiaca; la incapacidad del corazón para funcionar normalmente, es el estado fisiopatológico en el que una anomalía cardiaca es responsable de la insuficiencia del corazón para bombear la sangre a un ritmo que se adapte a las necesidades de los tejidos en fase de la metabolización o, sólo lo consigue a expensas de un volumen diastólico anormalmente elevado, o ambas cosas a la vez.

Se considera terminal cuando es de Clase III o IV (New York Heart Association) o presenta una fracción de eyección del 25% (veinticinco por ciento) o menos del ventrículo izquierdo.

c) Insuficiencia Hepática Crónica.

Para efecto del beneficio de Enfermedades en Fase Terminal se entenderá como Insuficiencia Hepática Crónica; la incapacidad del hígado para transformar los productos del metabolismo de la ingesta de líquidos y alimentos, así como los desechos de la sangre a un ritmo normal, en que las formas graves y la alteración de la función se acompaña de alteraciones mentales que van desde la confusión hasta el estado de coma.

Se considera terminal cuando se llega a la clase funcional Child C.

d) Insuficiencia Renal Crónica.

Para efecto del beneficio de Enfermedades en Fase Terminal se entenderá como Insuficiencia Renal Crónica (IRC) lo siguiente; es un estado de enfermedad irreversible en el que los riñones no son capaces de llevar a

cabo sus funciones de depuración y regularización hidro-electrolítica, acumulándose en la sangre sustancias derivadas del metabolismo o de la dieta.

Se considera terminal cuando el paciente tiene 8 mg. o más de creatinina sérica o está en procedimiento dialítico sin posibilidades de transplante renal.

e) Insuficiencia Respiratoria Crónica.

Para efecto del beneficio de Enfermedades en Fase Terminal se entenderá como Insuficiencia Respiratoria Crónica; a la pérdida del equilibrio del proceso de ventilación mediante el cual los pulmones rellenan el gas de los alvéolos, ocasionando una disminución de la función ventilatoria y por consiguiente del volumen gaseoso contenido dentro de los pulmones en determinadas circunstancias y velocidad con que puede ser expedido del pulmón, independientemente de la causa.

3.2.4.1 Beneficio.

Mediante este beneficio LA INSTITUCIÓN otorgará al Asegurado, por una sola ocasión a su elección, un pago anticipado del 25% al 75% (veinticinco al setenta y cinco por ciento) de la suma asegurada correspondiente a la cobertura básica por fallecimiento que se encuentre en vigor, con máximo de $500,000.00 (Quinientos Mil Pesos 00/100 M.N.), al presentarse certificación médica mediante la cual se acredite que el Asegurado ha sido diagnosticado como enfermo en fase terminal. Este beneficio será procedente siempre y cuando la Póliza se encuentre en vigor.

El Asegurado deberá acreditar, mediante la presentación del certificado médico emitido por médico con especialidad en la enfermedad dictaminada, a LA INSTITUCIÓN, que es enfermo en fase terminal y, en su caso, tendrá que ser confirmado por un médico de LA INSTITUCIÓN.

Para el pago del beneficio LA INSTITUCIÓN dispondrá de un periodo de 30 días naturales, contados a partir de que el Asegurado presente la reclamación en los formatos que para tal efecto le sean proporcionados por LA INSTITUCIÓN.

3.2.4.2 Límites de Edad.

Para el caso del beneficio de Enfermedades en Fase Terminal los límites de admisión fijados por LA INSTITUCIÓN, son los mismos de la cobertura básica; 18 años como mínimo y de 70 años como máximo.

3.2.4.3 Ajuste de suma asegurada.

El importe del pago anticipado correspondiente a este beneficio, reducirá la suma asegurada de la cobertura básica por fallecimiento del Asegurado.

En consecuencia, en el momento que el Asegurado fallezca, se entregará a los Beneficiarios designados la suma asegurada en vigor, deduciéndose el adelanto que se haya dado al Asegurado por este beneficio, así como los adeudos que existieran por este contrato.

3.2.4.4 Exclusiones.

El beneficio adicional por Enfermedades en Fase Terminal no será procedente cuando su reclamación sea atribuida a alguna de las siguientes causas:

a) Enfermedades desarrolladas a consecuencia del virus del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).

b) Enfermedades desarrolladas a consecuencia de intento de suicidio o auto-lesión intencionada, aún cuando se cometan en estado de cordura o demencia.

c) Enfermedades desarrolladas a consecuencia de riña cuando el Asegurado sea el provocador o por participar en alborotos populares.

d) Enfermedades que sufra el Asegurado ocasionadas por culpa grave del mismo a consecuencia de la ingesta o bajo los influjos de drogas, narcóticos o alucinógenos y/o bebidas alcohólicas, en los cuales dicho estado influya en forma directa para la realización de la enfermedad.

e) Transplantes que sean procedimientos de investigación.

f) Enfermedades preexistentes.

g) Padecimientos congénitos.

h) Enfermedades sufridas por riesgos nucleares.

i) Procedimientos intra-arteriales como la angioplastía, la colocación de prótesis endovasculares tipo «sten» y similares.

j) Tumores y cánceres en la piel (excepto el melanoma maligno), carcinomas «insitu» no invasivos, los tumores localizados no invasivos que muestren sólo cambios malignos tempranos y los tumores en presencia de algún virus de inmunodeficiencia humana.

k) Períodos temporales de diálisis.

l) Extracción de un solo riñón.

3.2.4.5 Terminación del Beneficio.

El beneficio adicional por Enfermedades en Fase Terminal terminará en los siguientes casos:

a) Cancelación de la cobertura básica por Fallecimiento o de este beneficio.

b) Primera ocurrencia de una enfermedad en fase terminal que sea indemnizada por este beneficio.

c) Muerte del Asegurado.

En el caso de que LA INSTITUCIÓN proceda a pagar el anticipo de la suma asegurada correspondiente por la ocurrencia o diagnóstico confirmado de una enfermedad en fase terminal, se terminará la obligación para ella sin posibilidad de reinstalación de la suma asegurada en cuestión.

3.2.4.6 Enfermedad o Padecimiento Preexistente.

Para efectos de esta póliza, se entenderá como enfermedad o padecimiento preexistente, aquel:

a) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o; que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando MetLife México S.A. cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

b) Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

3.2.5 Endoso de Cobertura Adicional de Graves Enfermedades (GE).

(Esta cobertura adicional operará sólo si se indica en la carátula de la Póliza)

Las condiciones y términos establecidos en el presente Endoso, tienen prelación sobre los términos y condiciones establecidas en las Condiciones Generales del Seguro del cual forman parte, en todo aquello que contravenga lo dispuesto en el presente endoso.

3.2.5.1 Definiciones.

Grave Enfermedad.
Para efecto de la presente cobertura, se considerará como grave enfermedad a cualquiera de los siguientes padecimientos cuya primera ocurrencia se efectúe o diagnostique al Asegurado mediante certificación médica dentro del periodo de cobertura:

a) Infarto al Miocardio.

b) Accidente Vascular Cerebral (AVC).

c) Transplante de Órganos Vitales.

d) Insuficiencia Renal Sujeta a Diálisis.

e) Procedimientos quirúrgicos de revascularización miocárdica o cirugía de puentes aorto-coronarios (by-pass)

f) Cáncer.

g) Parálisis o Pérdida de Extremidades.

Certificación Médica.
Para efecto del presente endoso es el diagnóstico de ocurrencia de alguna de las enfermedades cubiertas, confirmado mediante evidencias clínicas, radiológicas histológicas y de laboratorio, efectuado por un médico certificado por el consejo de la especialidad correspondiente y autorizado legalmente para el ejercicio de su profesión.

Infarto al Miocardio.
Para efecto del presente endoso es la muerte de una parte del músculo cardíaco como consecuencia de la interrupción súbita del flujo adecuado de sangre a la zona respectiva.

Accidente Vascular Cerebral (AVC).
Para efecto del presente endoso es cualquier incidente o accidente cerebro - vascular que produzca secuelas neurológicas con duración de por lo menos 24 horas, y que incluya infarto del tejido cerebral, hemorragia de un vaso intracraneano o embolización de fuente extracraneal, y que como consecuencia presente evidencia de déficit neurológico permanente.

Transplante de Órganos Vitales.
Para efecto del presente endoso es el procedimiento quirúrgico estrictamente indispensable para la recepción de los siguientes órganos completos:

* corazón
* uno o dos pulmones
* páncreas
* riñones
* hígado

Insuficiencia Renal Sujeta a Diálisis.
Para efecto del presente endoso es el estado de fallo renal terminal debido a disfunción crónica irreversible de ambos riñones evidenciada por la necesidad de diálisis o trasplante renal.

Procedimientos Quirúrgicos de Revascularización Miocárdica o Cirugía de puentes aortocoronarios (by-pass).
Para efecto del presente endoso es la cirugía a tórax abierto para corregir obstrucciones arteriales mediante anastomosis de la arteria mamaria interna o hemoductos aorto-coronarios, en la que la indicación quirúrgica se decide mediante una angiografía coronaria.

Cáncer.
Para efecto del presente endoso es la enfermedad crónico degenerativa, caracterizada por un crecimiento descontrolado de células derivadas de tejidos normales que forma un tumor y que es capaz de matar al huésped mediante la propagación de las células malignas desde el sitio de origen hasta sitios distantes, o por propagación local. Para efecto de la cobertura de Graves Enfermedades el término cáncer incluye también la leucemia, los linfomas y la enfermedad de Hodgkin.

Parálisis o Pérdida de Extremidades.
Para efecto del presente endoso es la pérdida completa del uso de dos o más extremidades en forma permanente a causa de una enfermedad o accidente.

Enfermedad o Padecimiento Preexistente.
Para efectos de esta póliza, se entenderá como enfermedad o padecimiento preexistente, aquel:

a) Que previamente a la celebración del contrato, se haya declarado la existencia de dicho padecimiento y/o enfermedad, o; que se compruebe mediante la existencia de un expediente médico donde se haya elaborado un diagnóstico por un médico legalmente autorizado, o bien, mediante pruebas de laboratorio o gabinete, o por cualquier otro medio reconocido de diagnóstico.

Cuando MetLife México S.A. cuente con pruebas documentales de que el asegurado haya hecho gastos para recibir un diagnóstico de la enfermedad o padecimiento de que se trate, podrá solicitar al asegurado el resultado del diagnóstico correspondiente, o en su caso el expediente médico o clínico, para resolver la procedencia de la reclamación.

b) Que previamente a la celebración del contrato, el asegurado haya hecho gastos, comprobables documentalmente, para recibir un tratamiento médico de la enfermedad y/o padecimiento de que se trate.

3.2.5.2 Cobertura.

Mediante esta cobertura, MetLife México, S.A. en lo sucesivo LA INSTITUCIÓN otorgará al Asegurado la suma asegurada contratada para la misma en forma independiente a la cobertura básica, siempre que la grave enfermedad se presente dentro de la vigencia de esta cobertura.

El pago de esta cobertura procederá siempre y cuando la grave enfermedad suceda después de que hayan transcurrido noventa días naturales a partir de la contratación de la cobertura.

Para determinar la procedencia de la reclamación por una grave enfermedad, será necesario que el Asegurado presente la certificación médica a LA INSTITUCIÓN, con la cual acredite la ocurrencia o diagnóstico confirmado de la misma.

LA INSTITUCION podrá solicitar los informes médicos, clínicos, radiológicos, histológicos y de laboratorio, o cualquier aclaración relacionada con éstos, los cuales le permitirán determinar la procedencia de la reclamación realizada, por cualquiera de las graves enfermedades cubiertas. El médico de LA INSTITUCIÓN que en su caso determine la improcedencia de un dictamen deberá ser un especialista en la materia.

El reclamante podrá optar en caso de que le sea notificada la improcedencia de su reclamación por parte de LA INSTITUCIÓN en acudir ante un arbitraje médico privado previo acuerdo entre ambas partes.
El procedimiento del arbitraje estará establecido por el Árbitro y las partes que en el momento de acudir a él deberán firmar el convenio arbitral bajo el esquema de amigable composición.
En el convenio que fundamente el juicio arbitral en amigable composición, las partes seleccionarán de común acuerdo al médico facultándolo como árbitro propuesto para resolver en conciencia, a verdad sabida y buena fe guardada la controversia planteada, siendo el Arbitro Independiente a las partes en conflicto y fijarán de común acuerdo y de manera específica las cuestiones que deberán ser objeto del arbitraje, estableciendo las etapas, formalidades, términos y plazos a que deberá sujetarse el arbitraje.

El laudo que se emita vinculará a las partes y tendrá fuerza de cosa juzgada entre ellas.Este procedimiento no tendrá costo alguno para el reclamante y en caso de existir será liquidado por la institución de seguros.

Para todo lo no previsto en el procedimiento arbitral, se aplicará supletoriamente el Código de Comercio.

3.2.5.3 Exclusiones.

La cobertura adicional de Graves Enfermedades en cualquiera de sus padecimientos no será procedente en los siguientes casos:

a) Enfermedades desarrolladas a consecuencia del virus del Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA).

b) Enfermedades desarrolladas a consecuencia de Intento de suicidio o auto-lesión, aún y cuando se cometan en estado de inconsciencia o enajenación mental.

c) Enfermedades desarrolladas a consecuencia de riña cuando el Asegurado sea el provocador o por participar en alborotos populares.

d) Enfermedades que sufra el Asegurado ocasionadas por culpa grave del mismo a consecuencia de la ingesta o bajo los influjos de drogas, narcóticos o alucinógenos y/o bebidas alcohólicas, en los cuales dicho estado influya en forma directa para la realización de la enfermedad.

e) Transplantes que sean procedimientos de investigación.

f) Enfermedades preexistentes.

g) Padecimientos congénitos.

h) Enfermedades surgidas por riesgos nucleares.

i) Procedimientos intra-arteriales como la angioplastía, la colocación de prótesis endovasculares tipo «sten» y la trombólisis mediante cateterismo coronario.

j) Tumores y cánceres en la piel (excepto el melanoma maligno), carcinomas «insitu» no invasivos, los tumores localizados no invasivos que muestren sólo cambios malignos tempranos y los tumores en presencia de algún virus de inmunodeficiencia humana.

k) Períodos temporales de diálisis.

l) Extracción de un solo riñón.

3.2.5.4 Terminación de la cobertura de graves enfermedades.

La cobertura adicional de Graves Enfermedades terminará en los siguientes casos:

a) Cancelación de la cobertura básica o de esta cobertura, así como; por la conversión de la Póliza a un seguro saldado o prorrogado.

b) Primera ocurrencia de una grave enfermedad que sea indemnizada por esta cobertura.

c) Muerte del Asegurado.

d) En el aniversario de la Póliza inmediato posterior a la fecha en que el Asegurado cumpla 65 años de edad.

e) Cancelación o terminación de la Póliza de la cual forma parte esta cobertura.

En el caso de que LA INSTITUCIÓN proceda a pagar la suma asegurada correspondiente por la ocurrencia o diagnóstico confirmado de una grave enfermedad, se terminará la obligación para ella sin posibilidad de reinstalación de la suma asegurada en cuestión, cesando en consecuencia la obligación de pago de prima por parte del Asegurado.

3.2.5.5 Límites de edad.

Los límites de edad establecidos para la admisión en la cobertura de Graves Enfermedades son de 20 años como mínimo y de 60 años como máximo. La edad máxima para la renovación es de 64 años.

El límite máximo de admisión antes indicado no excederá la edad máxima de aceptación estipulada para la cobertura básica de la póliza.

"Este beneficio se encuentra registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas bajo el registro número CNSF-S0034-0419-2009 de fecha 5 de junio de 2009."

4. APARTADO CUATRO – CLÁUSULAS PARTICULARES

4.1 PRIMA.

Para los efectos de la presente póliza, a cualquier cantidad de dinero que el Asegurado ingrese a la Póliza se le llamará Prima.

Ésta puede ser:

PRIMA BÁSICA.- Es aquella que el Asegurado debe pagar para estar protegido por el riesgo de Fallecimiento y los riesgos que amparan los beneficios adicionales contratados y que se aplica al Esquema de Administración de la "Reserva" denominado "Del Seguro".

PRIMAS ADICIONALES.- Son aquellos pagos adicionales a la Prima Básica, que el Asegurado efectúe a su Póliza y que son aplicados al Esquema de Administración de la "Reserva" denominado "De Ahorro".

4.2 "RESERVA".

Todas las aportaciones de Prima se aplicarán para constituir e incrementar la "Reserva", incluyendo en ésta el producto financiero que la Prima genere y la Deducción Automática de los Costos del Seguro.

4.3 INVERSIÓN DE LA "RESERVA".

LA INSTITUCIÓN invertirá la "Reserva" de acuerdo a las reglas de inversión de carácter general establecidas por la Secretaría de Hacienda y Crédito Público, a través de la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

4.4 ESQUEMAS DE ADMINISTRACIÓN DE LA "RESERVA".

LA INSTITUCIÓN pondrá a disposición del Asegurado, los siguientes esquemas de administración de la "Reserva" y el Asegurado podrá elegir a que esquema de Administración deben ser destinadas sus aportaciones de Prima.

Los Esquemas a los que se hace referencia son:

• **DEL SEGURO.-** Se compone de la(s) Prima(s) Básica(s) incrementada(s) con los intereses que correspondan de acuerdo a lo registrado ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

• **DE AHORRO.-** Se compone de las Primas Adicionales que el Asegurado desee ingresar a su Póliza por este concepto, incrementada por los intereses generados por su inversión.

Cualquier aportación de Prima adicional que el Asegurado realice, LA INSTITUCIÓN procederá a aplicarla al Esquema "Reserva" denominado "De Ahorro".

4.5 DEDUCCIÓN AUTOMÁTICA DE LOS COSTOS DE LA PÓLIZA.

Del Esquema de Administración de la "Reserva" denominado "Del Seguro" se realizarán mensualmente las deducciones del Costo del Seguro y Costos Administrativos de la Póliza, siempre y cuando exista saldo suficiente, en caso contrario se aplicará lo descrito en el inciso B de la cláusula de Cancelación del Seguro del APARTADO CINCO, CLÁUSULAS GENERALES:

• **COSTO DEL SEGURO:** Es el costo que representan las coberturas contratadas y que se determina de conformidad con los procedimientos contenidos en el registro de este producto ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

• **COSTO MÁXIMO GARANTIZADO.** Es el costo del seguro asociado al Asegurado que no obtenga el beneficio del programa de acompañamiento y que LA INSTITUCIÓN deducirá mensualmente del Fondo de Reserva denominado "Del Seguro".

• **COSTO MÍNIMO GARANTIZADO.** Es el costo del seguro asociado al Asegurado que obtuvo el beneficio del programa de acompañamiento y que LA INSTITUICIÓN deducirá mensualmente del Fondo de Reserva denominado "Del Seguro".

• **COSTOS ADMINISTRATIVOS:** Son los costos generados por la administración e intermediación de la Póliza y que se determinan de conformidad con los procedimientos contenidos en el registro de este producto ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

4.6 SEGURO PURO MÍNIMO.

Para el caso de la cobertura A, cuando la Reserva del Esquema de Administración denominado "Del Seguro" represente más del 95% de la Suma Asegurada contratada, la Suma Asegurada se incrementará en lo necesario para que la Reserva del Seguro represente el 95% de la Suma Asegurada. El 5% de diferencia que existe entre la Suma Asegurada incrementada y la Reserva "Del Seguro" se le denomina Seguro Puro Mínimo.

4.7 RETIROS PARCIALES.

El Contratante podrá realizar Retiros Parciales de los Esquemas de Administración de la "Reserva" denominados "Del Seguro" y "De Ahorro".

A cada Retiro Parcial efectuado se aplicará la retención conforme lo prevea la LISR al momento del pago de retiro correspondiente.

El Contratante tendrá derecho a retiros parciales de su reserva "Del Seguro" y "De Ahorro", sin cargo administrativo alguno siempre que este retiro se efectué después de los 5 primeros años de vigencia, en caso de realizar retiros parciales previos al quinto año de vigencia tendrá un costo administrativo de 20% del Retiro Parcial efectuado.
El Contratante tendrá derecho a realizar 2 retiros parciales por año, siempre y cuando hayan transcurrido al menos 6 meses del último retiro realizado.

Si el Contratante tiene contratada la Cobertura A y desea realizar un Retiro Parcial, la Suma Asegurada que haya alcanzado antes de llevar a cabo dicho retiro, se verá decrementada automáticamente en la misma proporción que el Retiro Parcial disminuya el saldo de la Reserva "Del Seguro". El monto máximo de retiro parcial que podrá realizar el Asegurado sobre el saldo de la Reserva "Del Seguro" será el equivalente al 95%.

4.8 VALOR DE RESCATE.

El Contratante podrá obtener como Valor de Rescate, el saldo de la "Reserva".

El rescate que se efectúe tendrá un costo de administración, cuyo monto será descontado del Esquema de Administración de la "Reserva" denominado "Del Seguro"

Al Rescate efectuado se le aplicará la retención conforme lo prevea la LISR al momento de la solicitud del Rescate correspondiente.

4.9 COSTO DE ADMINISTRACIÓN POR RESCATE.

El Costo de Administración por Rescate se define como un porcentaje aplicado únicamente al Esquema de Administración de la "Reserva" denominado "Del Seguro" que varía dependiendo el año en que se encuentre la Póliza al momento de la solicitud del rescate, mismo que se establece en la tabla siguiente:

Año	Costo de Admón. Por Rescate
1	100%
2	100%
3	65%
4	55%
5	46%
6	36%
7	27%
8	18%
9	9%
10 y más	0%

4.10 ESTADOS DE CUENTA.

LA INSTITUCIÓN pondrá a disposición del Asegurado en las oficinas de aquella a partir del día 10 de cada mes, un Estado de Cuenta en el que se indicarán los movimientos operados en el período mensual que precede, así como el saldo del Esquema de Administración de la "Reserva" denominado "De Ahorro".

El "Asegurado" dispone de treinta días naturales contados a partir de la fecha de la puesta a su disposición del estado de cuenta para solicitar cualquier rectificación en dicho estado. Transcurrido tal plazo se considerará aceptada la información contenida en el estado de cuenta.

4.11 ACTUALIZACIÓN DE LA OPERACIÓN DEL SEGURO.

La operación del presente seguro atenderá en todo momento las disposiciones legales vigentes, por lo que los términos contratados se sujetarán automáticamente a los cambios de la Ley o normatividad que apliquen al seguro.

4.12 INTERESES DE LA RESERVA DEL SEGURO.

La tasa de interés anual efectiva, acreditada a la Reserva denominada "Del Seguro", en ningún caso podrá ser menor al 2%.

5. APARTADO CINCO – CLÁUSULAS GENERALES

5.1 CONTRATO DE SEGURO.

Esta Póliza y sus endosos, la solicitud de seguro y sus anexos, así como los recibos de pago de las Primas, constituyen prueba de este Contrato, celebrado entre LA INSTITUCIÓN y el Contratante, que sólo podrá ser modificado mediante consentimiento previo de las partes contratantes y haciéndose constar por escrito mediante endosos registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas.

A su vez, para efectos de comprobar el pago de primas, los recibos del banco con la referencia respectiva, los estados de cuenta que indiquen el pago a través del sistema de domiciliación y los propios estados de cuenta del presente seguro servirán como comprobantes de pago para los efectos del contrato del seguro.

5.2 BENEFICIOS CONVENIDOS.

Estas condiciones generales en su APARTADO TRES – DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS contiene la cobertura y plazos de seguro que se podrán contratar con LA INSTITUCIÓN, por lo tanto, la que usted está adquiriendo consiste en aquello exclusivamente establecido en la carátula de la Póliza y en su caso, en los endosos anexos a la misma.

5.3 FECHA DE INICIO DE VIGENCIA DE LA PÓLIZA.

Se encuentra señalada en la carátula de la Póliza y será la fecha a partir de la cual entrará en vigor la Cobertura contratada.

5.4 VIGENCIA DEL SEGURO.

Este seguro se mantendrá vigente durante el plazo contratado, señalado en la carátula de la Póliza, siempre y cuando exista saldo suficiente en el Esquema de Administración de la "Reserva" denominado "Del Seguro" para realizar la Deducción Automática de los Costos de la Póliza conforme a lo establecido en el numeral 4.5 del APARTADO CUATRO – CLÁUSULAS PARTICULARES.

El Esquema de Administración de la "Reserva" denominado "Del Seguro" se incrementa con las aportaciones de Prima Básica, por consiguiente, para que haya saldo suficiente en éste y se satisfagan los Costos de la Póliza, será necesario que el Asegurado cumpla con el pago de la(s) Prima(s) Básica(s) establecida(s) en este Contrato de Seguro o bien, cuando no sea cubierta por el Asegurado, se cubra la Prima Básica conforme a lo referido en a cláusula de Pago de Primas de este APARTADO CINCO – CLÁUSULAS GENERALES.

5.5 CANCELACIÓN DEL SEGURO.

El presente Seguro podrá cancelarse antes del plazo convenido por las siguientes causas:

a) A petición del Contratante:
Si el Contratante lo solicita por escrito a LA INSTITUCIÓN. La cancelación causará efecto a partir de la fecha en que la solicitud sea recibida en las oficinas de LA INSTITUCIÓN, o a partir de la fecha solicitada en el documento respectivo, la que sea posterior.

b) Cancelación Automática:
Por saldo insuficiente en el Esquema de Administración de la "Reserva" denominado "Del Seguro" para realizar la Deducción Automática de los Costos de la Póliza conforme a lo establecido en el numeral 4.5 del APARTADO CUATRO – CLÁUSULAS PARTICULARES

5.6 OMISIONES O DECLARACIONES INEXACTAS.

El Contratante, está obligado a declarar por escrito a LA INSTITUCIÓN todos los hechos importantes indicados en la solicitud, exámenes médicos y cuestionarios adicionales para la apreciación del riesgo, los cuales pueden influir en las condiciones convenidas, tal como los conozca o deba conocer en el momento de celebración del contrato de seguro.

La omisión o declaración inexacta de tales hechos, facultará a LA INSTITUCIÓN para considerar rescindido de pleno derecho el contrato de seguro, aunque éstos no hayan influido en la realización del siniestro.

5.7 INDISPUTABILIDAD.

Este contrato de seguro será indisputable después de haber transcurrido un lapso de dos años contados a partir de la fecha de inicio de vigencia de la Póliza o de su última rehabilitación, durante el cual LA INSTITUCIÓN se reserva el derecho de investigar la presencia de omisiones o inexactas declaraciones en la celebración del contrato de seguro respectivo, por lo que la Ley sobre el Contrato de Seguro para rescindir el contrato por omisiones o inexactas declaraciones en que hubiere incurrido el Asegurado.

Asimismo, si con posterioridad al inicio de vigencia de la Póliza o de su última rehabilitación el Asegurado presentan pruebas de asegurabilidad para cualquier incremento de suma asegurada, dicho incremento será indisputable después de transcurridos los primeros dos años contados a partir de la fecha de su contratación, aplicándose lo mencionado en el párrafo anterior.

5.8 MODIFICACIONES Y NOTIFICACIONES.

Sólo tendrán validez las modificaciones pactadas expresamente entre las partes y que consten por escrito en la Póliza, o mediante endosos a la misma registrados previamente ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas. En consecuencia, los agentes o cualquier otra persona no autorizada por LA INSTITUCIÓN carecen de facultades para hacer modificaciones o concesiones.

En los términos del Artículo 26 de la Ley sobre el Contrato del Seguro, a continuación se transcribe el Artículo 25 de esta Ley:

"Si el contenido de la Póliza o sus modificaciones no concordaren con la oferta, el Asegurado podrá pedir la rectificación correspondiente dentro de los treinta días que sigan al día en que reciba la Póliza. Transcurrido este plazo se considerarán aceptadas las estipulaciones de la Póliza o de sus modificaciones".

Toda notificación a LA INSTITUCIÓN deberá hacerse por escrito y dirigirse al domicilio social de la misma, el cual aparece en la carátula de la Póliza. Las comunicaciones que LA INSTITUCIÓN deba hacer al Asegurado, las dirigirá al domicilio especificado en la carátula de la Póliza, o al último que haya tenido conocimiento.

5.9 CAMBIO DE CONDICIONES.

Dentro de la vigencia de la Póliza el Contratante podrá solicitar la modificación de la suma asegurada. En cualquier caso, se establecerá un nuevo plan de pago de Prima(s) Básica(s).
Los cambios mencionados en el párrafo anterior, estarán sujetos a los resultados de los requisitos de asegurabilidad que el Asegurado correspondiente presente a LA INSTITUCIÓN, con la previa solicitud de la misma.

5.10 INMUTABILIDAD.

Mientras ésta Póliza esté en vigor, LA INSTITUCIÓN no podrá modificar la(s) Prima(s) Básica(s), salvo por el efecto que tuviesen los incrementos o decrementos de suma asegurada, que se efectúen dentro de la vigencia de la Póliza.

Se excluye del alcance de esta cláusula al recargo fijo y recargo por pago fraccionado, así como a los gastos de expedición, mismos que corresponderán a los que estén en vigor al momento de la expedición del recibo correspondiente.

5.11 CONDICIÓN DE RIESGO PACTADO.

Este contrato de seguro se celebra con base a lo declarado en la solicitud en lo referente a residencia, ocupación, viajes y género de vida del Asegurado en esta Póliza.Es obligación del Asegurado notificar a LA INSTITUCIÓN los cambios que sobre los aspectos mencionados en el párrafo anterior, modifiquen esencialmente lo declarado en la solicitud. LA INSTITUCIÓN evaluará si dichos cambios afectan el riesgo pactado y si procede modificará la Prima Básica correspondiente, lo cual se notificará al Asegurado.

5.12 EDAD.

Para efectos de este contrato de seguro se entenderá como edad real del Asegurado, aquella que haya cumplido en su aniversario inmediato anterior a la fecha de inicio de vigencia del seguro.

La fecha de nacimiento del Asegurado deberá comprobarse legalmente y por una sola ocasión cuando LA INSTITUCIÓN lo solicite, antes o después de su fallecimiento y lo hará constar ya sea en la Póliza o en cualquier otro comprobante y no podrá exigir nuevas pruebas de edad.

Los límites de admisión fijados por LA INSTITUCIÓN para este seguro, se establecen en el APARTADO TRES – DESCRIPCIÓN DE COBERTURAS – LIMITES DE EDAD.

Será motivo de rescisión automática del contrato de seguro, que la edad real del Asegurado a la fecha de celebración del contrato se encuentre fuera de los límites de admisión establecidos anteriormente, reduciéndose la obligación de LA INSTITUCIÓN a pagar el monto de la "Reserva" existente a la fecha de rescisión.

Si la edad real del Asegurado estuviera comprendida dentro de los límites de admisión fijados por LA INSTITUCIÓN, se aplicarán las siguientes reglas:

I.- Cuando a consecuencia de la indicación inexacta de la edad, se hubiera pagado una Prima Básica menor de la que correspondería por la edad real, la obligación de LA INSTITUCIÓN se reducirá en la proporción que exista entre la Prima Básica pagada y la Prima Básica correspondiente a la edad real en la fecha de celebración del contrato de seguro.

II.- Si LA INSTITUCIÓN hubiere satisfecho el importe del seguro al descubrirse la inexactitud de la indicación sobre la edad, tendrá derecho a repetir lo que hubiere pagado de más conforme al cálculo de la fracción anterior, incluyendo los intereses respectivos.

III.- Si a consecuencia de la inexacta indicación de la edad, se estuviere pagando una Prima Básica más elevada que la correspondiente a la edad real, LA INSTITUCIÓN estará obligada a rembolsar la diferencia entre el monto de la "Reserva" del seguro existente y el monto de la "Reserva" del seguro correspondiente a la edad real. La(s) Prima(s) Básica(s) ulteriores deberán reducirse de acuerdo con la edad; y

IV.- Si con posterioridad al fallecimiento, se descubriera que fue incorrecta la edad manifestada en la solicitud, y ésta se encuentra dentro de los límites de admisión autorizados, LA INSTITUCIÓN estará obligada a pagar la suma asegurada que la(s) Prima(s) Básica(s) cubierta(s) hubiere(n) podido pagar de acuerdo con la edad real.

Para los cálculos que exige la presente cláusula se aplicarán las tarifas que hayan estado en vigor al tiempo de la celebración del contrato de seguro.

5.13 PAGO DE PRIMAS.

La(s) Prima(s) para efectos de esta Póliza será(n) la(s) señaladas en el APARTADO CUATRO – CLÁUSULAS PARTICULARES.

Art. 40 de la Ley sobre el Contrato de Seguro:
"Si no hubiese sido pagada la Prima o la primera fracción de ella, en los casos de pago en parcialidades, dentro del término convenido, los efectos del contrato cesarán automáticamente a las doce horas del último día de ese plazo. En caso de que no se haya convenido el término, se aplicará el de 30 días".

En el caso de la presente póliza, el plazo para el pago de la Prima Básica terminará una vez transcurridos 30 días contados a partir de aquel en que habiendo agotado el saldo del Esquema de Administración de la "Reserva" denominado "Del Seguro", no se realice el pago de la(s) Prima(s) Básica(s) por parte del Asegurado ni sea suficiente para el pago de prima la "Reserva" denominada "De Ahorro".

Cada deducción que se realice para el pago de la prima correspondiente se considera como un retiro parcial con la afectación fiscal respectiva.

5.14 PERIODICIDAD.

La Prima Básica se calcula por periodos anuales de seguro, sin embargo, el Contratante puede optar por liquidar la Prima Básica de manera fraccionada, ya sea con periodicidad mensual, trimestral o semestral. Si el Contratante opta por el pago fraccionado de la Prima Básica, las exhibiciones deberán ser por periodos de igual duración, no inferiores a un mes y vencerán al inicio de cada periodo pactado aplicándose la tasa de financiamiento por pago fraccionado que esté en vigor al momento de la expedición del recibo.

5.15 PAGO INMEDIATO.

Al fallecimiento del Asegurado, mediante la presentación del certificado médico de defunción correspondiente, solicitud de pago debidamente requisitada por el Beneficiario, así como copia de su identificación oficial, salvo restricción legal en contrario, LA INSTITUCIÓN realizará un anticipo inmediato hasta del 10% de la suma asegurada de la Cobertura por Fallecimiento contratada que en su caso corresponda, con un máximo de 100 veces el Salario Mínimo General Mensual Vigente en el Distrito Federal, el cual será pagado al Beneficiario que lo solicite.

Se previene que la liquidación por este concepto no podrá ser mayor del porcentaje que como Beneficiario tenga asignado el reclamante de este derecho.

5.16 SUICIDIO.

En caso de suicidio del Asegurado dentro de los dos primeros años de la celebración de este contrato de seguro o de su última rehabilitación, la obligación de LA INSTITUCIÓN se limitará a devolver a los Beneficiarios designados la "Reserva" constituida, disponible en la fecha del fallecimiento.

5.17 INDEMNIZACIONES.

Tan pronto como el Beneficiario, en su caso, tenga conocimiento de la realización del siniestro y del derecho constituido a su favor por el Contrato de seguro, deberá ponerlo en conocimiento de LA INSTITUCIÓN.

El Beneficiario gozará de un plazo máximo de cinco días para el aviso que deberá ser por escrito, salvo caso fortuito o de fuerza mayor, debiendo dar el aviso en cuanto cese uno u otro.

LA INSTITUCIÓN quedará desligada de las obligaciones del Contrato de seguro respecto de la protección contratada si el Beneficiario omite el aviso inmediato con la intención de impedir que se compruebe con oportunidad las circunstancias del siniestro.

LA INSTITUCIÓN tendrá el derecho de exigir del Beneficiario toda clase de información sobre los hechos relacionados con el siniestro y por los cuales puedan determinarse las circunstancias de su realización y las consecuencias del mismo.

Las obligaciones de LA INSTITUCIÓN quedarán extinguidas si demuestra que el Beneficiario o sus representantes, con el fin de hacerla incurrir en error, disimulan o declaran inexactamente hechos que excluirían o podrían restringir dichas obligaciones. Lo mismo se observará en caso de que, con igual propósito, no le remitan en tiempo la documentación que para este fin haya solicitado LA INSTITUCIÓN.

5.18 INDEMNIZACIÓN POR MORA.

En el caso de que LA INSTITUCIÓN, no obstante haber recibido los documentos e información que le permitan conocer el fundamento de la reclamación que le haya sido presentada, no cumpla con la obligación de pagar la cantidad procedente en los términos del artículo 71 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, estará obligada a pagar una indemnización por mora de conformidad con lo dispuesto en el Artículo 135 bis de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros.

5.19 DEDUCCIONES.

Cualquier adeudo derivado de esta Póliza, será deducido de la liquidación que proceda.

5.20 BENEFICIARIOS.

Siempre que no exista restricción legal en contrario el Asegurado podrá hacer designación de Beneficiarios mediante notificación por escrito a LA INSTITUCIÓN. En el supuesto de que la notificación de que se trata, no se

reciba oportunamente y LA INSTITUCIÓN pague el importe del seguro al último Beneficiario de que haya tenido conocimiento, será sin responsabilidad alguna para ésta.

El Asegurado, aún en el caso de que haya designado en la Póliza a un tercero como Beneficiario del seguro, podrá disponer libremente del derecho derivado de éste, por acto entre vivos o por causa de muerte.

El Asegurado puede renunciar al derecho que tiene de cambiar de Beneficiario(s), si así lo desea, haciendo una designación irrevocable, y deberá comunicarlo al (los) Beneficiario(s) y a LA INSTITUCIÓN, dicha renuncia deberá hacerse constar en la Póliza y esta circunstancia será el único medio de prueba admisible.

Cuando no exista Beneficiario designado o si sólo se hubiera nombrado uno y éste fallece antes o al mismo tiempo que el Asegurado y no exista designación de otro Beneficiario, el importe del seguro se pagará a la sucesión del Asegurado, salvo pacto en contrario o que hubiere renunciado al derecho de revocar la designación de Beneficiarios.

El Asegurado debe designar a sus Beneficiarios en forma clara y precisa, para evitar cualquier incertidumbre sobre el particular. Cuando existan varios Beneficiarios, la parte del que fallezca antes que el Asegurado, acrecentará por partes iguales la de los demás, salvo estipulación en contrario.

En el caso de que se desee nombrar Beneficiarios a menores de edad, no se debe señalar a un mayor como representante de los menores para efecto de que, en su representación, cobre la indemnización.

Lo anterior porque las legislaciones civiles previenen la forma en que deben designarse tutores, albaceas, representantes de herederos u otros cargos similares y no consideran al Contrato de seguro como el instrumento adecuado para tales designaciones.

La designación que se hiciera de un mayor de edad como representante de menores Beneficiarios, durante la minoría de edad de ellos, legalmente puede implicar que se nombra Beneficiario al mayor de edad, quien en todo caso sólo tendrá una obligación moral, pues la designación que se hace de Beneficiarios en un contrato de seguro le concede el derecho incondicionado de disponer de la suma asegurada.

5.21 PRESCRIPCIÓN.

Todas las acciones que se deriven de esta Póliza de seguro, tratándose de la cobertura de fallecimiento, prescribirán en cinco años, en tanto que en los demás casos prescribirán en dos años. En ambos casos, los plazos serán contados en los términos del artículo 81 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, desde la fecha del acontecimiento que les dio origen, salvo los casos de excepción consignados en el artículo 82 de la misma ley.

El plazo de que trata el párrafo anterior no correrá en caso de omisión, falsas o inexactas declaraciones sobre el riesgo corrido, sino desde el día en que LA INSTITUCIÓN haya tenido conocimiento de él, y si se trata de la realización del siniestro, desde el día en que haya llegado a conocimiento de los interesados, quienes deberán demostrar que hasta entonces ignoraban dicha realización. Tratándose de terceros Beneficiarios se necesitará, además, que estos tengan conocimiento del derecho constituido a su favor.

5.22 CANCELACIÓN DEL CONTRATO.

En términos del artículo 65, 66 de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros y 84 de la Ley sobre el Contrato de Seguro, la interposición de la reclamación ante la Comisión Nacional para la Protección y Defensa de los Usuarios de Servicios Financieros, así como el nombramiento de peritos con motivo de la realización del siniestro producirá la interrupción de la prescripción, mientras que la suspensión de la prescripción solo procede por la interposición de la reclamación ante la unidad especializada de atención de consultas y reclamaciones de esta aseguradora, conforme lo dispuesto por el artículo 50-Bis de la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.

El contrato terminará sin obligación posterior para LA INSTITUCIÓN, con el pago que proceda por el beneficio, por liquidación del Rescate que proceda, por expiración del plazo de seguro o por la cancelación del seguro.

5.23 MONEDA.

Todos los pagos relativos a este Contrato, ya sean por parte del Contratante o por LA INSTITUCIÓN, se efectuarán en Moneda Nacional, ajustándose a las disposiciones de la Ley Monetaria vigentes a la fecha de pago.

5.24 ACTUALIZACION DE SUMA ASEGURADA PARA EL PRODUCTO DENOMINADO EN PESOS.

La Suma Asegurada en el producto denominado en pesos se actualizará anualmente de acuerdo a lo siguiente:

Si la edad de emisión está entre los 18 y 45 años de edad, la suma asegurada se incrementará un 5% anualmente con respecto a la Suma Asegurada Inicial, dichos incrementos cesarán de manera automática en el aniversario inmediato posterior en que el Asegurado haya cumplido los 65 años de edad.

Si la edad de emisión está entre los 46 y 70 años de edad, la suma asegurada se incrementará un 5% anualmente con respecto a la Suma Asegurada Inicial, dichos incrementos cesarán en el aniversario inmediato posterior a los 20 años de vigencia de la póliza.

5.25 ACTUALIZACIÓN DE PRIMA PARA EL PRODUCTO DENOMINADO EN PESOS.

Para el caso en que el Asegurado haya contratado el producto denominado en moneda pesos, la prima básica se actualizará anualmente en la misma proporción que se incrementa la Suma Asegurada. Cuando la Suma Asegurada haya alcanzado su último incremento, la prima básica también alcanzará su último incremento y a partir de ese momento y para el resto de la vigencia de la póliza la misma permanecerá constante.

5.26 COMPETENCIA.

En caso de controversia, el quejoso podrá hacer valer sus derechos en los términos previstos por la Ley de Protección y Defensa al Usuario de Servicios Financieros.
La competencia se determinará en los términos que establezcan las disposiciones legales aplicables.

5.27 DERECHO DEL CONTRATANTE PARA CONOCIMIENTO DEL PORCENTAJE DE INTERMEDIACIÓN.

Durante la vigencia de la Póliza el Contratante podrá solicitar por escrito a LA INSTITUCIÓN le informe el porcentaje de la Prima que, por concepto de comisión o compensación directa, corresponda al intermediario o persona moral por su intervención en la celebración de este contrato. LA INSTITUCIÓN proporcionará dicha información por escrito o por medios electrónicos, en un plazo que no excederá de diez días hábiles posteriores a la fecha de recepción de la solicitud.

5.28 DEVOLUCIÓN DE PRIMAS ADICIONALES EN CASO DE RESCISIÓN DEL CONTRATO DE SEGURO.

En el supuesto de que el presente contrato de seguro sea sujeto de rescisión, LA INSTITUCIÓN devolverá al Asegurado o a quien sus derechos o intereses represente, las Primas Adicionales efectuadas sin que ello implique reconocimiento de derecho alguno respecto del seguro que se rescinde.

5.29 REHABILITACIÓN.

Mediante presentación de pruebas de asegurabilidad a LA INSTITUCIÓN, el Contratante podrá dentro de los 365 días naturales posteriores a la fecha de cancelación de su póliza, solicitar la rehabilitación del contrato de seguro, si éste hubiera cesado en sus efectos por falta de pago de primas.

Una vez que LA INSTITUCIÓN ha aceptado la rehabilitación de este contrato de seguro deberá notificarlo por escrito al Contratante, indicándole si es el caso, la cantidad necesaria que por concepto de primas, intereses o ajuste de "Reserva", deberá pagar para restablecer su seguro.

"La documentación contractual y la nota técnica que integran este producto, están registrados ante la Comisión Nacional de Seguros y Fianzas, de conformidad con lo dispuesto por los artículos 36, 36-A, 36-B y 36-D de la Ley General de Instituciones y Sociedades Mutualistas de Seguros, bajo el registro número CNSF-S0034-0414-2014 de fecha 7 de julio de 2014".

MetLife México S. A.
Blvd. Manuel Ávila Camacho No. 32,
Pisos SKL, 14 a 20 y PH,
Col. Lomas de Chapultepec,
C.P. 11000, Delegación Miguel Hidalgo,
México, D.F.

Tel. 5328 7000
01 800 00 METLIFE

metlife.com.mx

Los productos y servicios son ofrecidos por MetLife México, S.A.
afiliada de MetLife Inc., que opera bajo la marca "MetLife".

VO-1-001 VER. 1

MetLife
La vida que tú quieres.
Si tú quieres.